

LE SYNDROME ATONIQUE
DES VOIES DIGESTIVES
CHEZ LES NERVEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES COURBIS

Né à Valence, le 1^{er} Juin 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920

LE SYNDROME ATONIQUE DES VOIES DIGESTIVES
CHEZ LES NERVEUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 192

LE SYNDROME ATONIQUE
DES VOIES DIGESTIVES
CHEZ LES NERVEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Mai 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES COURBIS

Né à Valence, le 1^{er} Juin 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE PIERRET, BEAUVISAGE
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie,	LÉPINE (J.).
Chimie biologique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	X.
Thérapeutique	ARLOING (F.).
Pharmacologie	Et. MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique et gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	X.
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	X.
Déontologie et médecine professionnelle	X.

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. BRETIN LÉRICHE THEVENOT Léon TAVERNIER. CADE. GUILLEMARD	MM. GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY COTTE	MM. DUROUX chargés des fonctions : BONNAMOUR, SARVONAT, FAVRE, ROUBIER. GRAVIER.
--	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM
COURMONT, président ; PIC, assesseur ; CADE, NOGIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA CHERE FEMME

A MES SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE
MARCEL OZIER
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

Médecin des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT

A MES MAÎTRES
DES HOSPICES CIVILS ET DE LA FACULTÉ DE LYON

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

in mémoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

Médecin des Hôpitaux

A MES JUGES

A MES CAMARADES DE LYON

PRÉFACE

Au moment de faire paraître ces lignes, nous nous faisons un devoir d'apporter ici le témoignage de notre profonde reconnaissance à tous ceux qui se sont intéressés à nos études médicales.

A l'adresse de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, nous aurions voulu inscrire en tête de ces pages un solennel remerciement. Qu'ils trouvent du moins, au commencement de cette thèse, plus modestement exprimée la traduction de nos sentiments de bien vive gratitude.

Nous tenons à rendre un hommage particulier à M. le docteur Barjon, qui nous a inspiré cet ouvrage. Depuis que nous avons été rendu à la vie civile, il a été notre Maître bienveillant et nous avons toujours eu auprès de lui le meilleur accueil. Nous garderons gravé dans notre esprit le souvenir des mois pendant lesquels nous avons été son externe.

M. le professeur P. Courmont a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous l'en remercions bien vivement.

Qu'il nous soit enfin permis d'évoquer aujourd'hui les douces heures de bonne camaraderie de notre vie d'étudiant. Notre pensée se reporte avec émotion vers nos camarades qui dorment leur dernier sommeil au champ d'honneur. Quant à ceux dont nous nous séparons en quittant cette cité, nous leur offrons l'assurance d'un fidèle et amical souvenir.

INTRODUCTION

La séméiologie de l'appareil digestif s'est considérablement enrichie depuis qu'aux méthodes anciennes d'investigation clinique est venu s'adjoindre la radiologie.

A la fin du siècle dernier, on ne pensait pas que champ de l'exploration roentgénienne dépassât jamais le domaine chirurgical. On s'accordait bien à lui reconnaître le mérite de déterminer avec précision une lésion du squelette, par la radiographie. On la croyait, par contre, d'un secours médiocre dans l'examen des viscères. Depuis, un grand chemin a été parcouru et, en clinique interne, à côté des autres modes d'investigation, le radio-diagnostic a conquis une importance sans cesse grandissante.

L'objet de ce modeste travail est l'étude de troubles de la motricité des voies digestives, troubles que, seule, la radioscopie permet de saisir sur le vif, sans introduire de nouveaux troubles et sans modifier les conditions normales de la vie.

Il s'agit d'une scène radiologique spéciale des voies digestives que l'on observe souvent, surtout chez des nerveux. La radioscopie, en effet, dans ces

cas, montre des images correspondant à une atonie générale de tout le système. Et l'étude du bol bismuthé suivie dans les différents segments des voies digestives dénote, par comparaison avec des sujets normaux, une atonie plus au moins prononcée de la musculature lisse des organes digestifs.

Ce syndrome atonique, tantôt localisé, tantôt généralisé, demande à être recherché. La constatation de ce syndrome a lieu bien souvent fortuitement : elle est une trouvaille effectuée lors du passage du malade devant l'écran fluoroscopique, alors qu'aucun épisode pathologique n'attirait l'attention du côté du tube digestif. Dans d'autres cas, elle livre la clef d'une énigme impossible à résoudre par le seul examen somatique.

Dans cette étude, nous avons en vue des sujets ne présentant pas de lésion organique des voies digestives. Les troubles dyspeptiques vagues qu'ils ont accusés à l'interrogatoire, tout à fait à côté, parfois, des manifestations morbides qui les ont amenés à l'hôpital, et, d'autre part, les symptômes que l'exploration du système nerveux a révélés, ont été les motifs qui, systématiquement, ont engagé à examiner aux rayons X leur appareil digestif.

Plusieurs radiologues, dans ces dernières années, ont attiré l'attention sur l'atonie des voies digestives, mais leurs constatations sont restées fragmentaires. A ces faits épars, il nous a paru intéressant de joindre des recherches s'étendant à tout l'arbre digestif.

Aucun segment de l'appareil digestif, en effet, n'échappe à l'emprise du syndrome d'atonie. Ils peu-

vent être intéressés soit isolément, soit dans leur ensemble. Cependant, les symptômes les plus typiques s'observent du côté de l'œsophage. L'étude de la déglutition montre des phénomènes décisifs qui revêtent une réelle personnalité et se traduisent le plus souvent avec une intensité paradoxale, eu égard à l'absence relative de troubles fonctionnels.

L'estomac présente aussi un ensemble de manifestations assez importantes. Mais, la plupart du temps, ils pourraient passer inaperçus. Leur existence ne s'impose pas. A un examen rapide, ou au cours d'investigations dirigées sans méthode, on pourrait ne pas leur prêter attention. « Estomac ptosé, sans déformation ni déviation, se contractant peu, mais ne présentant pas de rétention », tel serait le libellé du protocole de l'examen radioscopique. Ces altérations très légères, parfois infimes, de l'image gastrique ne présentent un réel intérêt qu'à la lumière des faits déjà constatés : troubles de la déglutition d'une part, stigmates nerveux de l'autre.

Les manifestations du syndrome atonique, du côté de l'intestin grêle, sont rarement mises en évidence. Au manque à peu près absolu de troubles fonctionnels, se joint, dans la majorité des cas, un examen radioscopique négatif. C'est tout au plus si, dans quelques observations, nous avons pu noter un léger retard à l'évacuation des dernières anses de l'iléon.

Toute autre est l'atonie considérée au niveau du gros intestin. La constipation est le terme banal qui la traduit. La fréquence de cette méiopraxie fonctionnelle est telle que l'on est en droit, en clinique

générale, de ne lui attacher qu'une importance relative. Radioscopiquement, le séjour anormalement prolongé dans les colons des particules de bismuth n'a pas de signification pathologique. La coexistence des troubles rencontrés au niveau de l'estomac et des anomalies de la déglutition donne à ce dernier ordre de faits sa signification réelle : la musculature lisse est entachée d'atonie du haut en bas de l'arbre digestif.

Après avoir donné quelques détails sur la technique qui a été employée, nous décrirons sommairement, dans un chapitre suivant, les voies digestives normales, telles qu'elles apparaissent à l'écran, dans leur fonctionnement. A l'aide de ces faits, nous pourrions alors étudier l'atonie telle qu'elle se révèle aux rayons X. Nous essaierons ensuite de noter quelques-uns des troubles fonctionnels qui sont la manifestation clinique de ce syndrome. Enfin, nous insisterons sur les symptômes nerveux que l'on rencontre parallèlement chez ces malades et qui donnent à ce syndrome son cachet propre

CHAPITRE PREMIER

Technique de l'Examen Radioscopique des Voies Digestives

Les diverses parties de l'appareil digestif ne se prêtent pas à l'exploration directe par les rayons X car elles restent non différenciées, aussi bien dans la région sus-diaphragmatique, que dans la région sous-diaphragmatique. La grande transparence de la cavité thoracique ne permet pas d'identifier le conduit œsophagien aux parois trop minces, et l'opacité normale du milieu abdominal ne laisse distinguer ni l'estomac, ni l'intestin. Mais on peut recourir à des moyens artificiels, et sans aucun dommage pour le malade, dans le but d'augmenter l'opacité des organes explorés et de les faire apparaître très nettement avec leur situation et leur forme.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de passer en revue tous les produits qui ont été successivement proposés ou qui se disputent la faveur des radiologues. Notre Maître, le docteur Barjon, se sert du carbonate de bismuth, qui est le sel radio-opaque

le plus généralement utilisé aujourd'hui. En aucun cas, il n'a été observé le moindre accident d'intoxication, après l'ingestion de ce dernier composé, même aux doses assez élevées qui sont parfois nécessaires pour un bon examen.

Pour l'exploration de l'œsophage et des phénomènes de la déglutition, on fait prendre sous trois formes le carbonate de bismuth :

a) Bol solide ; cachets avec :

Carbonate de Bi 1 gr. 50-2 gr.

b) Bol pâteux ; pâte avec :

Carbonate de Bi 30 gr.

Sirop de gomme q. s. p.

(Consistance de miel coulé).

c) Bol liquide ; bouillie avec :

Carbonate de Bi 40 gr.

Eau de fleur d'oranger 10 gr.

Gomme arabique... 60 gr.

Eau sucrée, q. s. p. 300 gr.

Dans l'étude radioscopique de l'estomac, on s'est systématiquement borné à étudier les phénomènes mécaniques. Au repas opaque, qui prétend, au dire de ses partisans, traduire sur l'écran la physio-chimie gastrique, on a préféré un liquide inerte, de valeur nutritive nulle, et n'ayant, de ce fait, aucune transformation à subir durant la traversée des voies digestives. La bouillie précitée réalise cet index du

moteur digestif et devient en quelque sorte le moule de la musculature digestive.

A des examens ultérieurs, les particules bismuthées sont suivies dans leur trajet intestinal. Il n'a pas paru nécessaire de traumatiser les derniers segments du tube digestif, par des lavements bismuthés, dans ces investigations qui ne visent que la physiologie cynétique des tuniques musculaires lisses.

Tous les examens ont été pratiqués dans la station debout, sous des incidences du rayonnement variables.

Dans aucun cas, on n'a eu recours à la radiographie, car elle a l'inconvénient de ne fournir au clinicien qu'une image représentant l'état de l'organe à un moment donné, sans apporter, comme le fait la radioscopie, des indications capitales sur ses mouvements et ses attitudes.

D'importance majeure, quand il s'agit d'examiner des lésions organiques, la radiographie a paru inutile dans cette étude qui porte sur des sujets présentant une intégrité anatomique parfaite de leurs voies digestives.

CHAPITRE II

Les Voies Digestives normales vues à l'Ecran Fluoroscopique

I. Œsophage

L'œsophage ne joue pas le rôle d'un tube passif mais d'un conduit actif. Il se confond dans l'ombre médiane en position antérieure ou postérieure. On dissocie cette ombre dans l'examen oblique. La position oblique postérieure gauche est la position de choix. On fait apparaître entre le vertex à droite et l'ombre cardio-aortique à gauche, un espace clair correspondant au médiastin postérieur et dans lequel se trouve situé l'œsophage.

En faisant ingérer une pâte épaisse de bismuth, on a un véritable moule des parois œsophagiennes.

Dans ces conditions, l'ombre constatée n'est pas de largeur uniforme mais montre l'existence des rétrécissements normaux :

Le rétrécissement cricoïdien, au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage ;

Le rétrécissement aortique, situé à 6-7 cm. plus bas ;

Le rétrécissement bronchique, résultant de l'empreinte de la bronche gauche, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale ;

Le rétrécissement sus-diaphragmatique.

On note aussi une légère déviation de l'ombre œsophagienne au niveau de l'aorte et de la bronche gauche.

Déglutition des liquides. — Quand on fait absorber au sujet un lait bismuthé, on assiste à une traversée très rapide. Le liquide se voit seulement à la partie inférieure, où il s'accumule, un temps très court, au-dessus du cardia. Holzkecht fait remarquer qu'après le passage du lait bismuthé, on ne peut déceler aucune particule sur les parois de l'œsophage.

Déglutition des pâteux. — Une pâte bismuthée (bouillie épaisse) ne progresse que sous l'influence des mouvements péristaltiques. On voit une bouchée lancée par le pharynx à 6 ou 8 cm. dans l'œsophage. Cette bouchée constitue à partir de ce point une colonne, de l'épaisseur du doigt, qui s'avance uniformément et atteint le cardia en 7 à 10 secondes. L'ingestion d'une pâte bismuthée se trouve fractionnée en plusieurs bouchées qui se suivent les unes les autres, donnant parfois l'image de grosses larmes qui tombent. Normalement la déglutition d'une pâte s'opère sans qu'elle laisse derrière elle aucune parcelle bismuthée adhérente à la paroi.

Déglutition des solides. — Si l'on fait avaler à un individu normal un cachet de bismuth, on assiste à sa chute rapide dans l'estomac. Chute qui ne dépasse pas deux secondes, avec une différence de vitesse à peine sensible au niveau des points physiologiquement rétrécis. En somme, l'examen radioscopique n'est que la traduction visuelle des faits que les physiologistes connaissent depuis longtemps.

II. Estomac

Après l'ingestion de 300 cmc. environ d'une bouillie bismuthée liquide, l'image gastrique se montre constituée par trois segments :

Le 1^{er} représenté par la zone supérieure sous-diaphragmatique, de forme ovoïde, sphérique, ou en dôme selon les cas : c'est la chambre à air ;

Le 2^e est vertical ou légèrement oblique à droite : c'est le segment long ;

Le 3^e est horizontal ou légèrement descendant vers la droite : c'est le segment juxta-pylorique.

Dans son ensemble, l'estomac est en forme de crochet (Rieder, Groedel), de corne de taureau (Holzknecht) (1), de siphon. Ces différences d'interprétation, légères du reste, portent sur la présence ou l'absence d'un petit cul-de-sac dans la région pré-

(1) Rieder, Groedel III, Holzknecht, in thèse Guillon, *Exploration radioscopique de l'estomac, chez l'homme sain* (Paris, 1907).

pylorique. Telle est la description d'un type moyen d'estomac.

Etudions maintenant, en détail, le passage du bol opaque à travers l'estomac.

Dès la première gorgée de bismuth, on voit une traînée d'ombre suivre le bord droit de la zone claire, puis descendre sans arrêt jusqu'à la limite inférieure de l'estomac, où l'ombre se termine par un contour légèrement arqué représentant le pôle inférieur de l'estomac. Progressivement, à mesure que le bismuth est ingéré, on obtient l'image d'une colonne limitée à sa partie supérieure par une ligne horizontale se détachant nettement de la zone claire. Ce niveau liquide reste sensiblement le même malgré l'ingestion de nouvelles quantités de lait bismuthé (Leven et Barret) (1), seule la largeur de l'ombre gastrique s'accroît.

Remarquons encore qu'il se produit un léger abaissement de la limite inférieure indiquée primitivement, de sorte que la hauteur totale de l'image gastrique, du pôle inférieur au diaphragme, est un peu augmentée.

Certains estomacs à tonicité marquée ne se développent pas immédiatement et c'est seulement après quelques instants que les différentes portions de la cavité peuvent être observées.

Avec une bouillie bismuthée liquide, on assiste rapidement (peu après le remplissage de l'estomac) à des déformations régulières des contours de l'es-

(1) Leven et Barret, *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac*.

stomac. Ce sont les mouvements péristaltiques de cet organe. D'une manière générale, voici ce que l'on observe : tandis qu'il n'existe aucun mouvement actif dans la portion cardiaque, la portion inférieure de la grande courbure présente, au contraire, des dépressions légères qui se déplacent vers le pylore en devenant de plus en plus profondes et en conservant cependant une vitesse régulière et sensiblement constante. La dépression atteint son maximum au voisinage du pylore. En même temps, du côté de la petite courbure, une dépression analogue se développe, d'abord faible, puis plus profonde, et vient s'opposer dans la région prépylorique à une dépression de la grande courbure, pour créer une division presque complète de l'ombre gastrique. L'antrum pylorique se trouve ainsi isolé de la partie principale par une contraction annulaire. On a, à ce moment, deux ombres distinctes : celle de la masse bismuthée et celle de la bouchée séparées par un étroit espace clair. Mais l'ombre de cette bouchée ne persiste qu'un temps très court. Elle disparaît, et, seule, l'ombre de la masse gastrique principale reste visible. Le phénomène a terminé son évolution et de nouvelles contractions évoluant en même temps et se suivant à des stades différents vont le reproduire à nouveau. La disparition de la bouchée de bismuth est due à la contraction de l'antrum prépylorique qui la chasse dans le duodénum à travers le pylore.

C'est donc la partie inférieure, motrice qui nous intéresse, dans l'image gastrique. C'est à l'examen de cette région que l'on peut se rendre compte de la

valeur de la motricité. Normalement, les ondes, les vagues de contractions et de constriction marchent et se succèdent à 10 ou 15 secondes d'intervalle, avec un rythme très régulier, toujours dans la direction du pylore, mettant 20 à 30 secondes à se propager de leur point d'origine au pylore (Roux et Balthazard) (1).

L'évacuation de l'estomac est ainsi une succession de phénomènes intermittents ; cette évacuation varie avec la nature des aliments, leur température et leur état de division. Avec la préparation bismuthée, l'estomac se vide à peu près en 3 heures à 3 heures et demie.

III. Intestin grêle

L'étude physiologique de l'intestin grêle est beaucoup moins aisée. Le passage discontinu et par petites bouchées du contenu stomacal dans cette partie du tube digestif et sa traversée rapide rendent trop imparfait son remplissage. On n'obtient par suite pas d'ombres nettement différenciées à la radioscopie.

De plus, si l'on veut explorer les portions du duodénum situées derrière l'estomac on devra s'aider de la manœuvre de Chilaïditi qui a pour effet de relever ce dernier organe.

(1) Ch. Roux et Balthazard, *Etude sur le fonctionnement moteur de l'estomac à l'aide de rayons Roentgen* (Arch. de Phys., N° 8 (1896).

Il résulte d'une étude de notre Maître (1), résumant les travaux antérieurs, qu'à l'état normal on ne trouve aucun arrêt du bol dans le trajet duodénal. Mais cette traversée ne s'effectue pas avec la même vitesse au niveau des différentes parties.

Au moment où l'antra pylorique chasse son contenu, on remarque que la portion voisine du pyllore — portion initiale du duodénum — donne une ombre pendant un temps très court. Le cheminement du bol bismuthé est donc un peu retardé et même une petite quantité de bismuth séjourne un certain temps dans cette première partie du duodénum.

Au niveau des 2° et 3° portions, les bouchées passent rapidement.

Mais dans la portion terminale du duodénum se produit un ralentissement peu marqué.

En ce qui concerne les autres anses grêles, jéjunum, iléon, les auteurs s'accordent à reconnaître que le passage d'un liquide bismuthé est trop rapide et trop fragmenté pour être décelable sur l'écran fluoroscopique. Sicard et Infroit ont étudié les mouvements des anses grêles en suivant la traversée de pilules de bismuth enrobées de collodion. Plus récemment, MM. Barjon et Philippe (1) ont effectué des recherches radioscopiques sur la digestion intestinale de pilules kératinisées. Ils ont constaté que les pilules progressent par à-coups : « On les voit su-

(1) F. Barjon, *Radioscopie du duodénum*, Lyon Médical, 1911.

(2) Barjon et Philippe, *Etude sur la digestion intestinale des pilules kératinisées par l'examen radioscopique*, Lyon Médical, 1904.

bitement, sous l'influence d'une contraction intestinale, décrire très rapidement une courbe en S, se déplaçant parfois de 8-10 cm. en une seule fois ».

Qu'il nous suffise de retenir que l'ombre du cœcum se dessine entre 3 heures $\frac{1}{2}$ et 5 heures après l'ingestion de la bouillie bismuthée. Comme l'évacuation de l'estomac commence dans la première demi-heure qui suit, le contenu de l'intestin grêle progresse donc à une vitesse de près de 6 m. en 4 heures $\frac{1}{2}$ (Herz). L'évacuation de l'intestin grêle est complète en 3 à 4 heures.

IV. Gros intestin

Il se signale parfois à l'examen direct, par des zones claires résultant de l'accumulation des gaz, principalement au niveau de l'angle splénique et de l'ampoule rectale.

Après ingestion de bouillie bismuthée, le cœcum — comme nous l'avons déjà vu — commence à devenir visible vers la 4^e heure environ. Son remplissage et celui des autres portions de l'intestin a lieu dans les heures qui suivent. L'angle hépatique est atteint 3 heures plus tard. L'angle splénique est généralement atteint vers la 9^e heure.

Environ 12 heures après l'ingestion, la colonne de bismuth progresse dans le colon descendant, le colon ascendant restant visible, et elle s'accumule dans l'anse sigmoïde et le rectum vers la 24^e heure.

Avant d'aller plus loin, insistons sur la variabi-

lité de ces chiffres. C'est ce qui explique les divergences d'évaluation des différents auteurs.

L'observation la plus attentive ne permet pas, le plus souvent, de saisir à l'examen radioscopique les mouvements du gros intestin. Seules des radiographies en série, par leur comparaison, révèlent l'existence de mouvements actifs. La motricité du gros intestin serait caractérisée par deux ordres de mouvements. Les uns, petits mouvements continus du colon, consisteraient en des modifications légères de l'image colique. Ces petites contractions seraient dirigées tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre extrémité des colons. Il y aurait péristaltisme et antipéristaltisme assurant le brassage des matières.

A côté de ces phénomènes, Holzkecht (1), confirmé ensuite par Case (2), a signalé de grands mouvements rapides, discontinus, et uniquement dirigés vers l'anus. Une colonne fécale correspondant environ au tiers de la longueur du colon est subitement chassée vers la portion suivante. C'est une progression à caractère brusque, durant seulement quelques secondes, qui se produit à longs intervalles, probablement 7 à 8 fois en 24 heures.

En somme, le fait principal et d'observation courante qui caractérise la motricité du gros intestin consiste dans la traversée du bol bismuthé. Cette traversée dure en moyenne approximativement 24 heures.

(1) (Holzknecht, *Die normale Peristaltik des Colons*, Münch. Med. Woch., 1910.

(2) Case, *Observations radiologiques sur le péristaltisme et l'antipéristaltisme du côlon*, Med. Record, 1914.

CHAPITRE III

I. Aspect Radioscopique

de l'Atonie de l'Œsophage

C'est du côté de l'œsophage que le syndrome atonique des voies digestives s'observe avec le plus de netteté.

L'affaiblissement de la musculature œsophagienne est loin d'avoir passé inaperçu aux investigations des cliniciens et particulièrement des radiologues. Holzkecht et Olbert (1) ont été les premiers, à notre connaissance, à le signaler. Ils en ont, par la suite, précisé les caractères radioscopiques. Ces auteurs décrivirent cette insuffisance de la motricité œsophagienne sous les noms de « Pseudo-œsophagisme » ou de « Dysphagie atonique ».

L'examen radioscopique de la déglutition chez les malades dont nous reproduisons plus loin les observations, montre des modifications profondes dans l'exécution de cette fonction physiologique.

(1) Holzkecht et Olbert, Zeitsch. f. Klin. Med. T. LXXI. H. 2.
in : *Bulletin off. de la Société Française d'Electrothérapie*, 1911, p. 329.

Les troubles fonctionnels portent sur le mode de progression du bol bismuthé et sur la durée de sa traversée œsophagienne.

Afin d'avoir une notion exacte de ces troubles, nous allons passer en revue successivement la déglutition des liquides, des pâteux et des solides.

1° *Déglutition des liquides.* — Quand on fait absorber une potion bismuthée liquide, on constate que le liquide descend lentement sous forme d'une bande mince, de calibre très régulier, qui persiste sur presque toute la hauteur, pendant plusieurs minutes, dans les cas très marqués (Obs. XIV, XVI, XVIII, XIX). En somme, l'œsophage reste rempli et donne une ombre pendant un temps variable. Chez le malade de l'observation XVIII on note un arrêt court mais net au niveau du diaphragme. Progressivement le mince ruban obscur s'estompe puis disparaît : c'est l'évacuation qui commence.

Mais l'ombre, quoique très affaiblie, peut se déceler après le passage de toute la bouillie bismuthée dans l'estomac. Ce sont quelques particules de bismuth qui restent dans l'œsophage. Dans l'observation XIX on doit faire déglutir une gorgée d'eau pour les balayer.

Dans la plupart des cas, le seul examen de la déglutition des liquides ne suffirait pas à affirmer l'existence du syndrome atonique. La majorité de nos malades ne présentent pas de trouble notable pour les liquides.

2° *Déglutition des pâteux.* — Si la préparation absorbée est une pâte épaisse au bismuth, le phénomène est plus apparent. La pâte descend très lentement, sa progression est difficile. On la voit franchir péniblement les rétrécissements normaux (Obs. V, XIII, XIV, XVI, XIX, XX). Elle s'immobilise pendant un certain temps dans la portion moyenne de l'œsophage thoracique (Obs. XIX). Elle paraît ramper. L'ombre du bol s'allonge, puis, peu-à-peu, se perd dans l'estomac. Bientôt on n'aperçoit plus, sur l'écran, d'ombre franche dans la région œsophagienne, tout le bismuth est bien passé dans l'estomac. Cependant, on voit encore parfois une obscuration de contour indécis. Quelques particules bismuthées adhèrent à la paroi atone. Longtemps cette ombre légère se dessine. Pour l'effacer, pour entraîner les parcelles qui jalonnent la route, il faut la déglutition de gorgées d'eau (Obs. XIV: 3 gorgées d'eau), XX, XIX, XIII.

3° *Déglutition des solides.* — Les faits les plus caractéristiques s'observent à l'étude de la déglutition des solides. Dans la plupart des cas, les troubles relevant de l'atonie se déroulent alors dans toute leur intensité. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter textuellement la description que notre Maître donne de ce tableau radioscopique : « Un » cachet de bismuth de dimension moyenne, au lieu » de descendre d'un seul coup, comme une pierre » qui tombe au fond d'un puits, ou plus lentement, » mais d'un mouvement continu plus ou moins ré-

» gulier, progresse par saccade avec des arrêts multiples, successifs, réalisant une véritable descente en marches d'escalier (Obs. I, II, VI, VI, VIII, IX, XIII, XVI). Chacun de ces arrêts est plus ou moins long, variant de quelques secondes à une minute et plus. Tantôt le cachet se mobilise de lui-même au bout de quelques secondes pour descendre la marche suivante, tantôt une déglutition de salive est nécessaire pour déclancher le mouvement. Tantôt, on est obligé de recourir à la déglutition de petites gorgées d'eau, et il n'est pas rare de le voir résister à deux ou trois gorgées successives avant de se décider à aborder le degré suivant. Il y a toujours au moins deux ou trois arrêts successifs (Obs. IV, VI, VII, XI, XVIII), mais j'en ai noté jusqu'à six ou sept » (Obs. I, VII) (1).

Dans l'atonie; nous assistons donc à un trouble considérable de la déglutition des solides.

Le phénomène physiologique est profondément altéré : de progression continue, il devient une succession de mouvements fragmentés irrégulièrement interrompus. Le siège de ces arrêts correspond dans la généralité des cas aux divers rétrécissements normaux du conduit œsophagien.

Les arrêts les plus fréquemment observés siègent dans la moitié supérieure de l'œsophage. De l'ensemble des observations, on peut conclure que trois arrêts se montrent avec le plus de fréquence : le 1^{er}, au niveau de la crosse aortique ; le 2^e, au niveau de

(1) F. Barjon, in *Lyon Médical*, n° 3, 1920.

la bronche et le 3°, à environ 4 ou 5 cm. au-dessus du diaphragme (Obs. IV, V, VII, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI). Quand les malades présentent une déglutition foncièrement altérée, avec des arrêts plus nombreux, ces arrêts surajoutés siègent dans la moitié supérieure de l'œsophage thoracique.

Il faut remarquer aussi que ces trois principaux arrêts sont souvent caractérisés par leur ténacité : le cachet de bismuth est immobilisé pendant des dizaines de secondes, parfois plusieurs minutes (Obs. IX, XIV, XV, XVIII). Le plus souvent, la chute du cachet a lieu sous l'influence d'une déglutition de salive. Dans les cas typiques (Obs. IV, VI, VII, XI, XVI, XX, XXI), il en est rarement ainsi : une ou plusieurs gorgées d'eau successives sont nécessaires pour entraîner le cachet.

Pendant ces arrêts, le cachet reste immobile le plus souvent. Mais parfois une observation attentive permet de se rendre compte qu'il est animé de petits mouvements oscillatoires, d'amplitude très limitée, qui ne dépassent pas la valeur de quelques millimètres (Obs. XVI, XVIII, XXI).

L'examen de la déglutition des solides, pratiqué seul, pourra parfois montrer des images présentant une grande analogie avec le tableau radioscopique des sténoses.

Au premier abord, l'arrêt prolongé du cachet peut en imposer pour admettre l'existence d'une lésion sténosante, il est donc bon de fixer les divers points qui pourront éclairer le diagnostic.

Les arrêts de l'atonie n'ont, tout d'abord, pas la

fixité des arrêts dûs à une sténose. Sans doute, ils peuvent se prolonger plusieurs minutes, et c'est là que l'épreuve de la résistance à plusieurs gorgées d'eau devient intéressante. En cas d'atonie, le cachet finit toujours par être entraîné. Dans l'arrêt par sténose, le cachet est immobilisé au niveau du point rétréci. Il résiste à la déglutition d'une certaine quantité d'eau. On assiste à sa désagrégation sans qu'il poursuive sa descente. C'est ainsi que son ombre présente des modifications qui traduisent sa destruction : elle prend la forme d'un clou dont la pointe s'effile de plus en plus pour disparaître, quand le cachet laminé au niveau du rétrécissement finit par le franchir (1). Ceci est particulièrement vrai dans les sténoses peu serrées. Lorsque l'obstacle supprime complètement la lumière œsophagienne, le cachet ne passe pas, mais se détruit sur place.

Autre fait intéressant : toute sténose s'accompagne d'antipéristaltisme très marqué. Le cachet buté contre l'obstacle, et avant de se briser, est animé de mouvements verticaux répétés dont l'amplitude peut atteindre 10-15 cm. ; dans tous les cas, elle a une valeur de plusieurs centimètres. Il n'y a donc rien de commun avec les légers mouvements oscillatoires que nous décrivions à l'actif de l'atonie.

Le diagnostic de la sténose est non moins facile en faisant déglutir une pâte bismuthée. On note une accumulation du liquide au-dessus du rétrécissement et la distension des parois de l'œsophage au-

(1) Sencert, in : *Archives des Mal. app. digestif*, 1912.

dessus de l'obstacle. Il y a, bien souvent, une véritable poche à ce niveau. L'ombre du bismuth revêt la forme d'un entonnoir ou d'un demi-œuf, la pointe en bas. Au-dessous, le liquide bismuthé forme un filet obscur plus ou moins mince, traduisant la lumière œsophagienne restée perméable. Dans les sténoses très serrées, la ligne de niveau supérieur de cette poche est horizontale. Elle ne reste pas fixe mais est fréquemment animée de déplacements verticaux. Ici, encore, l'antipéristaltisme se montre.

Cette courte digression était nécessaire pour établir avec quelque précision l'aspect radioscopique de l'atonie œsophagienne.

II. Aspect Radioscopique

de l'Atonie de l'Estomac

L'existence du syndrome atonique au niveau de cet organe se traduit par des faits que l'examen aux rayons X met bien en relief. L'estomac, par sa motricité, gouverne l'évacuation du bismuth, mais il y a plus : la déficience fonctionnelle de ses tuniques musculaires entraîne une altération de sa forme générale.

Deux faits caractérisent l'estomac atonique : la ptose de l'organe et la diminution de son péristaltisme.

Depuis que l'exploration roentgenienne a familiarisé les cliniciens avec l'étude de la forme de l'esto-

mac et de la motricité gastrique, on décrit des estomacs atoniques.

Dans les cas d'atonie, on voit un estomac presque toujours ptosé, souvent un peu distendu (Obs. I, IV, VI, XI, XVI), rarement dilaté (Obs. III). Cet estomac est allongé, légèrement étranglé en son milieu en forme de tablier (Obs. V, XII, XVIII). Le pylore est plus éloigné du bas-fond que normalement, et le crochet est moins ouvert. Le contour général de l'organe se rapproche plus ou moins du schéma atonique de Schlesinger.

Si la situation d'ensemble de l'estomac est déplacée verticalement, il n'y a pas de déviation cependant. Il est situé tout entier à gauche, et le bec pylorique se dessine nettement très près de la ligne médiane dans la région ombilicale.

Après remplissage, on constate le plus souvent que la contractilité est très diminuée. L'image gastrique demeure un temps plus ou moins long sans subir de déformation. Ce n'est qu'au bout d'un laps de temps variable que les contractions apparaissent. « Parfois elles commencent à se manifester avec » vigueur, esquissant une série d'ondes profondes » qui aboutissent à l'expulsion de grosses bouchées » de bismuth par le pylore. Mais cette belle ardeur » s'éteint très vite et on assiste à la diminution, puis » à la disparition de cette contractilité qui semble » avoir épuisé en quelques instants toute la force de » l'estomac. Le plus habituellement on constate, dès » le début, un péristaltisme lent et faible, ne dessi- » nant qu'à d'assez longs intervalles des ondes su-

» perficielles et courtes, presque sans effet au point
» de vue évacuation » (Obs. II, III, IV, VII, VIII, IX,
XI, XVIII) (1). Ces contractions, à peine marquées,
paraissent, à première vue, s'éteindre au bout de
l'antra prépylorique. En réalité, elles aboutissent à
l'expulsion d'une quantité minime de bismuth.

Cette altération du péristaltisme physiologique
pourrait faire croire, à priori, que cet estomac va
avoir beaucoup de peine à se vider. De l'ensemble
des observations, on retire cette impression que l'éva-
cuation, dans la plupart des cas, est seulement légè-
rement ralentie. Le plus généralement, en 3 ou 4
heures, l'estomac se débarrasse complètement de
son bismuth. Dans quelques cas cependant (Obs. III,
VI, VII, XI, XII), on note un retard d'évacuation et
on retrouve dans le bas-fond de l'estomac une petite
quantité de bismuth. Il s'agit d'une légère rétention
et non des grandes rétentions qui sont la signature
des lésions organiques.

Il n'est pas rare d'observer, surajouté à ces trou-
bles résultant de l'insuffisance de la motricité gas-
trique, un certain degré d'aérophagie. L'image de
l'estomac montre dans ces cas une distension de la
chambre à air qui bombe sous le diaphragme dont
elle suit les mouvements. Parfois, au cours de l'exa-
men, on assiste à sa brusque augmentation de vo-
lume sous l'influence d'une fausse éructation « com-
me par un coup de pompe ». A une nouvelle éructa-
tion, on voit cette chambre à air se vider ensuite
brusquement (Obs. IV, VI).

(1) F. Barjon, *Loc. Citat.*

III. Aspect Radioscopique

de l'Atonie des Intestins

Dès à présent, disons que l'étude radioscopique du syndrome atonique au niveau des intestins n'est réellement instructive que du côté des colons.

Les différentes anses grêles échappent le plus souvent à l'œil du radiologue, soit à cause de leur situation profonde (comme pour les portions moyennes du duodénum), soit à cause de la rapidité avec laquelle elles sont traversées par le bismuth.

Dans la plupart des observations, le bol bismuthé progressé normalement dans le grêle. Cependant, dans quelques cas, cette traversée est sensiblement retardée (Obs. I, X). Ce retard est tantôt la répercussion du retard de l'évacuation gastrique, tantôt le fait même de l'atonie des anses grêles. Ce retard est observé chez l'une des malades au niveau de la partie initiale du duodénum, sous forme d'une petite ombre suspendue au-dessus du pylore et persistant pendant tout le temps que dure l'évacuation gastrique (Obs. XXII). Chez une autre malade, le retard de la progression du bismuth est constaté dans les dernières portions de l'iléon précédant le grêle (Obs. I). Dans un cas que rapporte notre Maître, le Docteur Barjon (1), onze heures après l'ingestion, une radiographie montrait toutes les anses grêles encore rem-

(1) F. Barjon, *Loc. Citat.*

plies de bismuth et se dessinant nettement, tandis que le cœcum était à peine visible.

Du côté du gros intestin, deux faits dominant : ptose et prolongation anormale du séjour du bismuth. A ces deux faits s'ajoute parfois de la pneumatose colique (Obs. II, XIV, XXII).

Le déplacement s'observe en particulier au niveau du transverse qui présente une ptose très marquée. L'angle hépatique participe relativement peu à ce déplacement, cependant il arrive qu'il se distingue mal du cœcum. L'angle splénique, par contre, montre toujours une fixité remarquable et réalise, par rapport au reste de l'appareil, un point culminant. Dans la majorité des cas le transverse dessine un arc à concavité supérieure plongeant plus ou moins dans le bassin. La branche gauche de cet arc est plus grande et remonte plus haut jusque vers le rebord costal. Elle se trouve accolée au colon descendant (Obs. III, VIII, X).

L'examen radioscopique peut montrer encore des modifications portant sur la largeur de l'ombre colique et traduisant une dilatation. Mais nous ne voulons pas insister sur ces faits d'observation courante. Ces dilatations portent principalement sur le cœcum dont l'image acquiert parfois des dimensions exagérées. Le rectum, lui aussi, est un segment d'élection de distension considérable.

La variabilité pour ainsi dire infinie de la morphologie colique chez les individus normaux commande que l'on n'attache pas une trop grande importance aux faits de ptose ou de dilatation.

L'étude de la progression du bol bismuthé va nous renseigner exactement sur l'état de la musculature lisse. Le séjour anormalement prolongé dans le cœcum est un fait fréquent. La stase cœcale a été notée par Stierlin dans son étude sur la constipation chronique ascendante. Le bismuth paraît s'y accumuler. La colonne bismuthée progresse lentement dans le colon transverse et ne franchit qu'avec un long retard le sommet de l'angle splénique (Obs. X). Dans un cas (Obs. XII), 81 heures sont nécessaires pour voir tout le bismuth au-delà de l'angle splénique.

CHAPITRE IV

Etude Clinique du Syndrome Atonique

Contrairement à ce que la radioscopie pourrait faire penser, l'atonie se révèle rarement par des symptômes subjectifs. Dans tous les cas, il y a une certaine discordance entre les troubles dont on a été témoin radioscopiquement et le peu de manifestations fonctionnelles cliniques. Cette absence de troubles est la règle en ce qui concerne l'œsophage, mais du côté de l'estomac l'atonie peut être à l'origine de troubles variés. Quant aux intestins, c'est la constipation qui traduit l'existence du syndrome atonique à leur niveau.

Quelques individus n'accusent aucune sensation désagréable, aucun symptôme relevant de l'état de leurs voies digestives. Généralement les malades se plaignent simplement de malaises vagues et de troubles variés qu'ils rapportent à un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, auxquels se superposent des symptômes nerveux ou névropathiques.

Nous avons vu que l'atonie retentissait sur tous les segments du tube digestif, devant cette généralisa-

tion des troubles de la motricité, on doit croire à une insuffisance tissulaire ayant frappé la musculature lisse.

Du côté de l'œsophage, Holsknecht et Olbert (1) avaient déjà noté cette disproportion entre les signes rencontrés à l'examen radioscopique et le peu de symptômes fonctionnels « la plupart des atoniques ne se plaignent d'aucun trouble ».

Il est difficile de tracer un tableau clinique de l'atonie. Les troubles accusés par les malades dont nous rapportons les observations, semblent d'ailleurs s'y prêter très mal. Ils sont essentiellement capricieux. Ce sont tantôt des malaises vagues, tantôt des sensations de gêne retrosternale, tantôt du ballonnement après les repas, tantôt l'aveu d'une constipation tenace qui ont mis sur la voie du diagnostic.

Ces troubles se manifestent rarement par des symptômes subjectifs. Le plus souvent le malade les ignore ; il n'attire pas du tout l'attention sur eux, et, même quand on l'interroge, répond négativement. Parfois, cependant, quelques troubles fonctionnels sont exprimés spontanément : sensation d'étranglement à l'arrière-gorge, déglutition difficile s'accompagnant de compression pénible dans la traversée de l'œsophage (Obs. I). Certains se plaignent de douleurs vagues dans le dos. Ces phénomènes peuvent même persister dans l'intervalle des repas (Obs. XIX). On cite un malade qui déclare ne plus pouvoir ava-

(1) Holsknecht et Olbert, *Loc. Citat.*

ler et dit que son œsophage est obstrué, alors que l'olive d'un cathéter passe facilement (Obs. XIX). Une femme présente des troubles de la déglutition à chaque grossesse (Obs. V).

Dans les 13 observations que rapportent Holzkecht et Obert, ces auteurs insistent sur l'absence ordinaire de phénomènes subjectifs. Quelques-uns de leurs malades accusent une sensation d'étouffement, de la dysphagie plus ou moins marquée, des accès de toux au milieu des repas. Ailleurs il est parlé de sensation de boule, d'étranglement au niveau du cou, de crises de suffocation. Ces mêmes auteurs décrivent encore des cas où ces troubles dégénèrent en véritables manifestations névropathiques : crainte de manger en société, angoisse au moment des repas, répulsion à avaler des aliments et, par suite, quelquefois une inanition très prononcée (1).

Au total, toutes ces manifestations disparates ressortissent à un cheminement défectueux du bol alimentaire. Il convient de noter que ces malades ne présentent pas de régurgitations franches : atonie et non antipéristaltisme. En d'autres termes, il y a une diminution ou une disparition de l'énergie contractile de la tunique musculaire lisse œsophagienne, mais il n'y a pas de rétrécissement de ce conduit.

Tout aussi silencieuse peut être l'atonie gastrique. Mais le plus fréquemment, l'attention est mise en éveil par les troubles dont se plaint le malade.

A dire vrai, toutes les manifestations gastropathi-

(1) Holzkecht et Obert, *Loc. Cit.*

ques peuvent être rencontrées. Le syndrome atonique, ici, revêt les aspects les plus variés et peut en imposer au premier abord pour les lésions organiques ou les troubles fonctionnels les plus divers. Si l'on y joint les signes de névrose ou de neurasthénie qui coexistent, on a un tableau clinique des plus variables qui fait errer souvent le diagnostic.

Entre tous les malaises que rapportent les malades, le plus fréquent consiste dans une sensation de gonflement, de ballonnement abdominal survenant après les repas et même avant la fin des repas. Il semble au malade que les vêtements le gênent et il les desserre.

Dans d'autres cas, cette simple gêne dégénère en une véritable sensation d'étouffement, de tension de la paroi abdominale avec boule épigastrique ou rétrosternale (Obs. V).

Mais, en règle générale, le malade se plaint simplement de lourdeur après le repas.

En même temps, on peut noter des palpitations mais nous ne voulons pas anticiper sur le tableau névropathique qui est le complément constant de ces malaises.

Parfois, quelques troubles digestifs sont surajoutés : éructations, hoquet, plus rarement des régurgitations acides. Dans certains cas on trouve tous les signes d'une aérophagie avec mouvements caractéristiques de déglutitions suivies d'éructations bruyantes en séries (Obs. III, VI).

Ailleurs, ce sont parfois des crises douloureuses de la région stomacale qui s'accompagnent d'une

vive sensibilité de la paroi ; la moindre pression entre le creux de l'estomac et l'ombilic s'accompagne de vives souffrances (Obs. I, XXII).

Tout cet ensemble de symptômes variés revêt cependant un caractère commun de bénignité. Il est rare que le tableau se complète par des vomissements. Ordinairement, ce sont de petits vomissements qui tiennent presque autant à la régurgitation qu'au vomissement (Obs. IV, V). Ils sont précoces et se produisent de suite après le repas (Obs. XXII). Mais on voit aussi des vomissements tardifs. Dans ces cas le vomissement qui a lieu 2, 3, 4 heures après le repas est précédé ou accompagné de très vives douleurs pouvant faire craindre la présence d'un ulcus (Obs. XV, XXII).

L'examen objectif des malades est ordinairement négatif : on ne trouve pas de clapotage à jeun. Après les repas on délimite un estomac assez grand avec gros clapotage. Par ailleurs, aucune résistance ou induration, une sensibilité diffuse de tout l'épigastre et de l'hypochondre mais pas de point douloureux fixe et point d'irradiation.

Les symptômes sont moins individualisés du côté des intestins. Souvent les malades accusent des crises d'entérite antérieures (Obs. XII). Cette affection que les malades incriminent volontiers a été combattue mais sans succès par un régime. Une malade n'a pas hésité à aller essayer les cures de diététique en honneur sur les bords du Léman (Obs. XII).

Dans certains cas, les symptômes douloureux au niveau de l'abdomen ou des fosses iliaques ont fait

croire à une appendicite. Dans deux de nos observations les malades se sont soumis à une intervention dans ce sens (Obs. II, XXII). Dans un cas, on a pu avoir des renseignements sur l'intervention : l'appendice enlevé présentait peu d'altération (Obs. XXII). Que l'atonie prenne le masque de l'entérite ou les allures d'un syndrome appendiculaire, l'absence de points douloureux fixes et de phénomènes alarmants du côté de l'état général, jointe à la coexistence de troubles de la déglutition, trahira la nature exacte de l'affection.

En dehors de ces cas, ce qui est d'observation courante chez tous les atones, c'est la constipation. Elle est tenace, résiste à toutes les médications. Elle atteint souvent les proportions d'une véritable infirmité (Obs. VIII). Beaucoup ne vont à la selle qu'avec des moyens artificiels. Une femme avoue rester plus d'un septenaire sans avoir d'évacuation alvine. Chez une autre, le tableau clinique d'une occlusion intestinale se réalisa et il s'en fallut de peu qu'on n'intervint chirurgicalement (Obs. IX).

CHAPITRE V

Troubles Nerveux coexistants avec l'Atonie

A côté de ces troubles fonctionnels, quand on poursuit l'interrogatoire et que l'on continue ses investigations en abordant l'examen du système nerveux, on est bientôt frappé de l'importance des phénomènes nerveux que l'on rencontre. A peine esquissés parfois, ces phénomènes sont, dans d'autres cas, très accusés. Ils pourront s'être révélés d'eux-mêmes, avec évidence, de l'histoire du malade ou de son habitus extérieur, mais le plus souvent ils demandent à être recherchés.

Subjectivement ces malades sont des « nerveux », d'autres présentent tous les attributs d'une véritable neurasthénie, quelques-uns enfin apparaissent entachés de stigmates de névroses constituées.

Donner une description méthodique de ces symptômes nerveux coexistant avec l'atonie digestive est chose difficile : les malades présentent un tableau neuro-psychique essentiellement capricieux.

A l'aide de nos observations, nous voulons essayer de les grouper de façon aussi complète que possible.

Les troubles nerveux généraux sont multiples. Presque toujours, ces malades sont des émotifs, impressionnables à l'excès ; tout bruit, toute contrariété augmentent leur nervosité. Certains sont des violents. D'autres sont enclins à la tristesse, à l'indécision, à l'ennui, au pessimisme. Ils ont des phobies, des angoisses, des obsessions involontaires. L'un avoue être sujet à des crises d'emportement, de colère. L'autre décrit avec volubilité ses malheurs et ses infortunes intimes. Parfois, l'interrogatoire nous met en présence d'un véritable maniaque (Obs. VI, VII, XII, XIX, XX, XXI).

Toutes les émotions dépressives, chagrins, pertes d'argent, ambitions déçues, amours contrariées, déceptions de toute sorte, peuvent être décrites par le malade à l'origine des vagues malaises, seules manifestations cliniques de l'atonie.

Enfin, si l'état atonique de l'appareil digestif reste le plus souvent totalement ignoré, il est des malades qui gardent ancrée dans leur esprit l'idée fixe d'une grave affection d'estomac. L'une demande une intervention chirurgicale et se croit atteinte d'appendicite, une autre croit qu'un cancer la condamne à un trépas prochain (Obs. XV).

Tous, plus ou moins, à côté de ces manifestations psychiques, décrivent des troubles nerveux plus nets. Ils sont sujets aux céphalées. Chez plusieurs ces céphalées sont particulièrement tenaces et elles pren-

nent fréquemment le caractère de céphalées en casque (Obs. I, XI, XXI). Ils se plaignent d'insomnie. Leur sommeil est entrecoupé, souvent troublé de cauchemars et ils ressentent, à leur réveil, une grande lassitude. Beaucoup ont des vertiges et des éblouissements. Après les repas, ils ne peuvent rien faire, une somnolence invincible les prend (Obs. III, VII).

Cet essai de symptomatologie nerveuse serait par trop incomplet, si nous n'y joignons une autre série de troubles secondaires traduisant les perturbations du côté de l'innervation sympathique. Dans la zone circulatoire, ces troubles apparaissent sous forme de palpitations de cœur, de bouffées de chaleur, de troubles vaso-moteurs divers tels que le dermographisme (Obs. VI, VIII, XVI). Dans la zone respiratoire, ils sont la cause d'oppression survenant par crises, de toux nerveuse, de faux asthme et de dyspnée.

Dans l'histoire d'autres malades, il est relaté de véritables crises nerveuses (Obs. V, XIII, XVII).

Si l'on passe à l'examen, on trouve tous les signes d'un nervosisme plus ou moins accentué ou des stigmates épars de névrose. Le tremblement des paupières, des trémulations fibrillaires de la langue et le tremblement des doigts sont presque constamment rencontrés. Ils ont des zones douloureuses (splénique, ovarique, dorso-lombaire) ou d'hyperesthésie (Obs. I, XVI, XIX, XX). Plusieurs de nos malades présentent une hémianesthésie (Obs. II, III, V, VI, XIII). Presque tous accusent des altérations variables

de la sensibilité superficielle ou profonde à la piqure.

Les recherches du côté des réflexes sont tout aussi instructives : abolition ou diminution du réflexe cornéen, exagération du réflexe rotulien avec ou sans trépidations surajoutées. D'une constance remarquable se trouve être l'abolition du réflexe pharyngien, on la note dans la presque totalité des observations rapportées.

Il peut y avoir plus encore que ces manifestations disparates d'un fonctionnement défectueux du système nerveux. Une malade présente du mutisme hystérique consécutif à un hystéro-traumatisme (Obs. XIII). Une autre, qui a soigné son père atteint de cancer à l'estomac et l'a vu vomir, se met à vomir à son tour (Obs. XV). Une autre observation concerne une malade qui, ayant assisté aux hémoptysies d'un frère mort depuis de tuberculose, a présenté elle-même de l'hémo-sialémèse (Obs. XVI).

En résumé, chez tous ces malades, on rencontre un terrain névropathique avec des tares plus ou moins accusées. La plupart du temps, l'ensemble des troubles se réduit à un état nerveux particulier. D'autres fois, ils présentent tous les attributs de la neurasthénie. Certains, enfin, ont des manifestations plus tranchées : ils montrent des stigmates de névrose constituée : au syndrome atonique se trouve accolé un syndrome hystérique (Obs. XVI, XIX, XX).

CHAPITRE VI

Coexistence de l'Atonie des Voies Digestives et des Troubles Nerveux

L'étude des observations qui suivent fait ressortir la coexistence de troubles de la motricité des voies digestives, troubles révélés principalement par la radioscopie et de manifestations nerveuses voisines de la névropathie.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les liens qui unissent les organes digestifs et le système nerveux. C'est un fait d'observation courante en clinique. Nous avons seulement voulu attirer l'attention sur la constatation simultanée de troubles nerveux et de phénomènes d'atonie décelables, presque uniquement, par l'examen radioscopique. D'une part, déficience de la musculature lisse digestive ; de l'autre, fonctionnement défectueux du système nerveux.

La littérature médicale compte déjà des observations semblables. Mais il s'agit de faits épars d'études fragmentaires. Dans ce travail, aux troubles de

la déglutition, on a voulu adjoindre l'étude systématique des manifestations atoniques gastriques et intestinales.

Les faits d'atonie nerveuse ont été remarqués surtout au niveau de l'œsophage et l'on savait que les troubles fonctionnels névropathiques de cet organe sont extrêmement fréquents. A. Mathieu considère l'œsophage comme un organe de véritable prédilection pour les manifestations névropathiques. Plus récemment encore, Lœper décrit chez des commotionnés des troubles gastriques du type atonique. Pour lui, il y a, dans ces cas, une inhibition de l'organe avec dilatation. Il cite un cas où l'estomac, insensible à toute excitation ou pression, conserve le bismuth pendant 5 heures sans qu'il s'en évacue plus d'un cinquième.

D'autres auteurs font la description clinique de syndromes pyloriques émotifs, donc purement nerveux, qui simulent des ulcères du pylore.

Etudiant les états dyspeptiques d'origine commotionnelle, Lœper (1) dit que les troubles intestinaux sont très fréquents à la suite des commotions et que la constipation est l'un des plus constants et des plus rebelles.

Nous croyons pouvoir rattacher également à ces faits, le cas qui est rapporté par MM. Devic et Bouchut (2) : une dysphagie atonique s'installe après une émotion assez vive (accident de bicyclette). Cette

(1) Lœper, *Leçons de Pathologie digestives*.

(2) Devic et Bouchut, *Lyon Chirurgical*, Tome XVI (Mai-Juin 1919).

observation est particulièrement instructive, car, à l'autopsie de ce malade, on ne trouva aucune lésion susceptible d'expliquer l'atonie.

Dans un autre ordre d'idées, il serait intéressant de joindre à cette étude radioscopique des voies digestives, des recherches de toutes sortes et s'étendant à toutes les parties de l'organisme. Peut-être alors, ce travail ne ferait-il que traduire l'un des aspects d'un véritable état général, d'une entité morbide, dominés par le processus pathogénique de la débilité tissulaire — un état voisin de ce que Tuffier a décrit sous le nom de « panoptose », déchéance portant sur l'ensemble des organes — où tous les tissus de l'économie semblent frappés, en même temps, d'une insuffisance de nutrition, de vitalité et de résistance.

Tous ces faits d'atonie ne tirent leur valeur que de leur association avec des manifestations nerveuses. Si l'on joint à ces constatations l'absence totale de lésions organiques on peut en déduire une ligne de conduite comportant une thérapeutique bien spéciale.

Parmi les malades porteurs du syndrome d'atonie des voies digestives, certains ne se doutent même pas des troubles fonctionnels que l'examen radioscopique a révélés. Mais à côté de ceux-ci, combien viennent trouver toute une série de médecins et leur raconter lamentablement leur vie de misère ! Ces derniers font partie de cette classe de malades dénommés, à si juste titre, les « déséquilibrés du ventre », à tendances neurasthéniques ou hypochondriaques.

On se trouve souvent, en effet, en face de malades se plaignant de troubles digestifs. Un examen approfondi, aussi bien que l'analyse des commémoratifs ne permettent pas de conclure à l'existence d'une lésion organique. D'autre part, le malade en question présente des signes de névropathie. Que faire ? On sait combien le diagnostic d'origine organique ou nerveuse est troublant dans certains cas.

Nous croyons que c'est dans de tels cas que la constatation radioscopique du syndrome d'atonie aura une réelle valeur. Ce sera un argument décisif en faveur de l'origine nerveuse des troubles accusés par le malade. Le diagnostic se trouvera ainsi orienté avec beaucoup plus de certitude.

Ce premier point élucidé, une autre question se pose : quel est l'avenir de ces malades ?

L'état nerveux dans la production de tous ces troubles fonctionnels joue, à n'en pas douter, le plus grand rôle. Les viscères de motricité défailante et plus ou moins ptosés reprennent souvent leurs fonctions tout-à-fait normales quand le tonisme général de l'individu sera amélioré. Les neurasthéniques, les convalescents, les inanitiés peuvent nous en fournir de bons exemples et il est très facile de se rendre compte que les organes subissent tous, sous ces conditions, les oscillations de l'état général. Ceux qui ont observé les commotionnés de la grande guerre ont une opinion analogue et arrivent à des conclusions semblables.

Quelle conduite thérapeutique doit-on tenir dans ces cas ?

La constatation du syndrome d'atonie des voies digestives commandera une abstention complète au point de vue chirurgical. Il faudra savoir résister aux malades qui pourront solliciter une intervention. Ce n'est pas que celle-ci soit grave, elle se borne habituellement à une gastro-entéro anastomose ou à une appendicectomie. Elle ne présente donc aucune suite fâcheuse, mais le malade n'est ni guéri, ni même soulagé. Il continue à souffrir et à se plaindre (Obs. II, XXII). L'intervention n'ayant rien donné aggrave la situation de ces individus impressionnables et ancre davantage dans leur esprit l'idée fixe de leur infirmité.

Ensuite, on devra considérer ces malades comme des nerveux et la thérapeutique que l'on mettra en œuvre chez eux sera double : elle visera le fonctionnement de l'appareil digestif et celui du système nerveux. Une hygiène alimentaire appropriée telle que le régime végétarien, l'usage de laxatifs doux et enfin le massage abdominal rempliront la première de ces indications. Pour le reste, le repos moral combiné avec un exercice physique modéré, l'hydrothérapie froide et une médication tonique ou excitante aideront le malade à recouvrer un état normal de santé.

OBSERVATION I (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme B..., 32 ans.

Troubles digestifs vagues : crampes d'estomac, pas d'aigreurs, pas de vomissements. Pas d'amaigrissement.

A eu beaucoup de céphalées et de vertiges. Malade très nerveuse, éprouvant parfois une sensation de boule à la gorge et d'étouffement. Se plaint de gonflement et de ballonnement après les repas.

Examen : rien à l'abdomen, simplement un peu de sensibilité à l'épigastre sans douleur vraie.

Elle présente du tremblement léger des doigts, du battement des paupières. Réflexe cornéen conservé, réflexe pharyngien aboli, réflexes rotuliens très exagérés. Diminution de la sensibilité à la piqure superficielle et profonde du côté gauche.

Radioscopie. — 1^{er} examen (le matin à jeun) :

Déglutition : un cachet de bismuth effectue une descente en marche d'escalier, il y a bien 7 ou 8 arrêts entre la base du cou et le diaphragme. Chacun de ces arrêts est assez court (4 à 10 secondes). Le cachet descend sans qu'on soit obligé de faire déglutir de l'eau.

La bouillie bismuthée est bien déglutie.

Estomac : petite chambre à air. L'estomac est un peu abaissé, non dilaté, non dévié. Son calibre est égal et le bismuth est réparti dans toute sa hauteur. Ses contractions sont bien visibles, mais les ondes sont assez espacées. Chacune d'elles aboutit à l'expulsion d'une grosse bouchée par le pylore.

2^e examen (13 heures $\frac{1}{2}$ après le repas de midi) :

Estomac bien vidé : pas de retard de l'évacuation ni de rétention de bismuth.

Le bismuth s'aperçoit dans le cœcum et peut-être aussi dans les dernières anses du grêle.

(En somme : malade nerveuse avec troubles gastriques secondaires, mais ne paraissant pas avoir rien d'organique du côté de l'estomac).

OBSERVATION II (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme R..., 30 ans.

Souffre du côté droit et des reins depuis longtemps. Appendicectomie en 1916. Ensuite on a pensé à un mal de Pott ; la radiographie n'a montré aucune lésion. Plus tard on crut à un calcul du rein ; nouvelle radiographie négative.

Actuellement : violentes céphalées, vertiges, étourdissements, insomnie.

Troubles gastriques : pesanteurs après les repas ; rarement des aigreurs, jamais de vomissements. Appétit diminué, amaigrissement léger, constipation persistante. Elle porte un pessaire et une ceinture-sangle.

Examen somatique : négatif (ni point douloureux, ni clapotage).

Au système nerveux : abolition du réflexe pharyngien ; réflexes rotuliens exagérés ; hémianesthésie gauche superficielle et profonde.

Radioscopie. — 1^{er} examen (à jeun) :

Chambre à air gastrique bien visible, pas de liquide.

Le colon descendant est distendu par les gaz dans tout son trajet.

Déglutition : le cachet descend assez lentement, par étapes. On note deux arrêts du cachet : à la base du cou et au niveau de la crosse aortique ; il reprend sa course sans intervention d'une gorgée d'eau.

Estomac (après absorption d'une bouillie bismuthée) : un peu ptosé ; légère distension du bas-fond, où tout le bismuth s'accumule ; aucune déformation, ni déviation ; image gastrique bien nette. Après remplissage se contracte peu : on note seulement quelques petites ondulations assez espacées qui aboutissent à l'expulsion de très petites bouchées pyloriques.

2^e examen (14 heures $\frac{1}{2}$ après le repas de midi) :

Estomac bien vidé, ne contenant pas de traces de bismuth. Tout le bismuth est dans le cœcum.

(En somme : état nerveux avec quelques symptômes hémianesthésiques, troubles gastriques secondaires. Aucune lésion organique gastrique).

OBSERVATION III (Résumée). — (D^r Barjon).

Mlle V..., 18 ans.

Troubles gastriques persistants consistant en pesantueur après les repas avec éructations, aigreurs, brûlures. Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse, ni de méloena. Constipation opiniâtre. Appétit nul ; amaigrissement notable.

Se plaint en outre d'insomnie, de céphalées, de vertiges. Elle vient de subir un fort ébranlement nerveux (sortant d'être opérée de végétations adénoïdes ; elle a passé une nuit, seule dans une chambre d'hôtel, avec la crainte d'une hémorragie dont on lui avait parlé).

A l'examen : rien aux organes, sauf une légère sensibilité douloureuse de la zone splénique.

Réflexes cornéens très diminués, battement des paupières.

Abolition du réflexe pharyngien et diminution des réflexes rotuliens. Anesthésie à la piqûre profonde, à peu près complète.

Radioscopie. — 1^{er} examen (à jeun) :

Troubles de la déglutition des solides ; 3 arrêts du cachet : au niveau de la fourchette sternale, un peu au-dessous, au niveau de la crosse aortique ; la descente du cachet se fait par étapes successives.

Estomac montrant une petite chambre à air et un peu de liquide dans le bas-fond. Après ingestion de bouillie bismuthée on voit un grand estomac très abaissé et dilaté. Tout le bismuth s'accumule dans le bas-fond atteignant presque le pubis. Il n'y a pas de déformation, pas de déviation mais ptose et dilatation. L'estomac rempli tarde beaucoup à se contracter : faibles contractions assez espacées. ¹

2^e examen (13 heures $\frac{1}{2}$, déjeuner à 12 heures) :

Très peu de bismuth dans le bas-fond : donc, pas de rétention vraie mais un léger retard.

On voit le gros intestin en partie paraissant très ptosé.

OBSERVATION IV (Résumée). — (D^r Barjon)

M. D..., 49 ans (1914).

Père mort cancéreux. Aucun autre antécédent.

Hanté par l'idée du cancer. Caractère nerveux, impres-

sionnable. Accuse des troubles gastriques vagues, des malaises, des éructations. Aurait quelquefois des expulsions de glaires, mais jamais de vomissement ; léger amaigrissement ; appétit conservé ; constipation.

Examen viscéral : négatif.

Radioscopie (à jeun) :

Déglutition : le cachet subit 4 arrêts importants, ne descend qu'avec des gorgées d'eau abondantes, les petites gorgées ne le font pas bouger. A chaque grosse gorgée, descend de 4 à 5 cm. Lieu des arrêts : crosse aortique, hile, 3 ou 4 cm au-dessous du hile, région cardio-diaphragmatique.

Estomac un peu abaissé. Pylore au-dessous et à droite de l'ombilic. Le cul-de-sac est bien au-dessous des crêtes iliaques. Pas de déformation. L'estomac reste atone, ne se contracte pas. On ne voit pas fonctionner le pylore.

Pendant l'examen survient une série d'éructations ; il se développe une énorme chambre-à-air et tout le bismuth s'accumule dans le cul-de-sac inférieur.

2^e examen (5 heures $\frac{1}{2}$ après) :

L'estomac est vide de bismuth. Le bismuth se trouve dans le cœcum et le transverse.

Revu en 1919 :

A fait toute la campagne sans être évacué, mais présente toujours les mêmes troubles vagues. Bon état général cependant.

A l'examen radioscopique : amélioration de la déglutition qui est presque normale ; le cachet ne marque qu'un arrêt (2 à 3 secondes) et descend spontanément dans l'estomac. L'estomac est de forme et de dimensions normales ; il n'y a plus de ptose, plus de disten-

sion, pas de clapotage. Il n'y a pas de grande chambre à air. Persistance des renvois bruyants mais moins d'aérophagie. Persistance de la constipation.

OBSERVATION V (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme B..., 30 ans.

Un frère épileptique. Rhumatisme polyarticulaire. Endocardite rhumatismale, insuffisance mitrale. A eu 3 enfants. A chaque grossesse, troubles de la déglutition. Depuis la dernière grossesse (datant de 3 ans), ces troubles ont persisté, accompagnés de troubles gastriques : renvois, palpitations ; jamais de vomissements, quelques régurgitations après les repas, pyrosis, brûlures.

Très nerveuse ; sujette à des crises d'étouffement avec sensation de boule au cou. Présente une hémianesthésie gauche, de l'abolition des réflexes pharyngiens et cornéens.

Examen : cardiopathie bien compensée ; rien aux autres organes.

Radioscopie. — Déglutition : la pâte bismuthée traverse facilement tout l'œsophage et le dessine parfaitement. Aucun point rétréci ou dilaté : pas de sténose. Après la déglutition d'une forte bouchée de bismuth, tout l'œsophage est imprégné et il faut plusieurs gorgées d'eau pour le nettoyer. La déglutition d'un cachet montre deux arrêts bien nets : au niveau de la crosse aortique et un peu au-dessus du diaphragme. Ces deux arrêts sont assez courts ; 2 ou 3 gorgées d'eau suffisent pour l'entraîner dans l'estomac où il arrive sans avoir été brisé.

Estomac : grand estomac vertical, de calibre assez régulier. Le bas-fond se trouve à 2 travers de doigt du pubis ; tout le bismuth s'y amasse. Estomac ptosé et atone.

(En somme : état névropathique très prononcé ; troubles de la déglutition par atonie œsophagienne ; troubles gastriques : dyspepsie acide avec pyrosis, renvois et régurgitations ; estomac très ptosé et atone.

OBSERVATION VI (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme C. B..., 27 ans.

Aucun antécédent. Il y a deux ans, étant enceinte de sept mois, fut victime d'un accident de voiture et subit un assez violent traumatisme ; néanmoins, accouchement normal à terme 2 mois après. Depuis, elle souffre de l'estomac : rots bruyants à jeun, gonflement après les repas, jamais de douleurs vraies. Ces malaises sont limités à une durée de 3 heures après les repas. La nuit, après le repas du soir, elle a des étouffements. Jamais de vomissements, pas d'hématémèse, ni de méloena. Constipation opiniâtre. Naturel très nerveux, impressionnable. Elle est malade au moindre ennui.

Examen somatique : négatif.

Système nerveux : hémianesthésie gauche. Dermographe. Abolition du réflexe pharyngien. Réflexes rotuliens diminués.

Radioscopie (à jeun). — Estomac vide, pas de chambre à air.

Déglutition : se fait mal. Le cachet s'arrête au moins 5 ou 6 fois. A la partie inférieure de l'œsophage, la pro-

gression du cachet ne se continue qu'à l'aide de 2 gorgées d'eau. En même temps, il a pénétré beaucoup d'air dans l'estomac qui montre une chambre à air considérable. A une fausse éructation on voit cette poche d'air se gonfler comme sous l'influence d'un coup de pompe. Lors des rots bruyants, elle diminue brusquement.

La bouillie bismuthée dessine un estomac abaissé, descendant à 3 ou 4 cm au-dessous des crêtes iliaques.

2^e examen (4 heures après) :

Léger reste de bismuth dans l'estomac, mais pas de rétention.

3^e examen (6 heures après) :

On trouve toujours un peu de bismuth dans l'estomac. Le cœcum et le colon transverse se dessinent.

OBSERVATION VII (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme V..., 25 ans.

Depuis longtemps souffre de l'estomac ; a des troubles digestifs vagues : sensation de pesanteur après les repas, bien qu'elle mange peu le soir, elle dort mal la nuit (pesanteur gastrique, cauchemars, agitation) ; aurait maigri de 7 kilog. N'a jamais eu de vomissement. Constipation habituelle.

Elle est très nerveuse, très impressionnable, souffre au moindre ennui, à l'occasion d'une contrariété. Elle va très bien quand elle a une distraction et lorsqu'elle est gaie.

A l'examen : on a du clapotage à jeun ; aucun point

douloureux à la palpation. Pas de tension, ni d'empâtement.

Radioscopie (à jeun) :

L'estomac montre une petite chambre à air et un peu de liquide dessinant le grand cul-de-sac qui paraît abaissé. La déglutition des solides est très modifiée : 2 arrêts du cachet de bismuth au niveau des clavicules et au-dessous de la croisse de l'aorte. Il faut trois gorgées d'eau pour le faire descendre. Cette descente se fait alors très lentement jusque dans l'estomac.

La bouillie bismuthée dessine un estomac très abaissé et dilaté, atteignant 5 travers de doigt au-dessous de l'ombilic qui se remplit normalement de haut en bas. Il se contracte peu et lentement. Le pylore fonctionne cependant.

2^e examen (6 heures après) :

On retrouve un peu de bismuth dans le cul-de-sac inférieur. Une petite partie est collectée dans le cœcum, le reste est diffusé dans le grêle.

3^e examen (9 heures après) :

L'évacuation du bismuth gastrique n'est pas plus avancée, mais le cœcum se dessine mieux.

OBSERVATION VIII (Résumée). — D^r Barjon)

Mme G..., 28 ans.

A 16 ans, elle a eu pendant 2 ans de nombreux vomissements alimentaires, sans douleurs ; pas d'hématémèse. Depuis une grossesse, il y a 4 ans, elle souffre surtout à jeun de douleurs qui sont calmées par les re-

pas mais qui recommencent 2 ou 3 heures après. Elle ne vomit plus, mais accuse un amaigrissement de 6 kilog. Son appétit est bien conservé. Elle est constipée.

A l'examen : un peu de clapotage gastrique à jeun ; pas de point douloureux.

Exploration du système nerveux : battements des paupières ; abolition du réflexe cornéen. Dermographisme. Diminution de la sensibilité à la piquûre surtout à droite. Hermanesthésie droite à la piquûre profonde. Exagération des réflexes rotuliens. Abolition du réflexe pharyngien.

Radioscopie. — Déglutition des solides : le cachet s'arrête plusieurs fois, surtout dans le tiers supérieur de l'œsophage. On est obligé de faire boire de l'eau pour le faire descendre.

La bouillie bismuthée dessine un estomac très abaissé. Le fond du cul-de-sac affleure le pubis. Le bismuth remonte assez haut dans la portion verticale. Le pylore est située bas, au-dessous de l'ombilic. Les contractions sont faibles. On perçoit cependant quelques ondes et le pylore fonctionne.

2^e examen (7 heures après) :

Estomac bien vidé. Pas de rétention. Gros intestin ptosé.

OBSERVATION IX (Résumée). — (D^r Barjon)

Mme E. M..., 29 ans.

Depuis 3 ans souffre de douleurs abdominales dans l'hypochondre gauche : sensations de tumeur et gar-

gouillement. Appétit conservé, pas de dégoût pour les aliments. Les digestions sont lentes, pénibles, accompagnées de renvois, parfois de brûlures à l'épigastre. Pas de vomissement, pas d'hématémèse. A une constipation très marquée et de faux besoins ; les selles sont difficiles. Elle a toujours été nerveuse. Cette nervosité a augmenté depuis quelque temps : elle ne peut pas supporter ses enfants.

A l'examen : clapotage gastrique net à jeun ; la palpation de l'estomac réveille une certaine sensibilité, mais il n'y a pas de douleur vraie ; pas de point douloureux fixe.

Au système nerveux : abolition du réflexe cornéen ; grosse diminution du réflexe pharyngien. Hypesthésie du côté gauche.

Radioscopie. — Déglutition montrant des troubles très marqués : le cachet s'arrête 4 ou 5 fois ; les arrêts durent longtemps et chaque fois il faut plusieurs gorgées d'eau pour le faire progresser. En somme, descente en marche d'escalier tout à fait typique.

Avec la bouillie bismuthée on voit un estomac abaissé, un peu distendu. Le grand cul-de-sac descend à 3 travers de doigt du pubis. Le pylore est au-dessous de l'ombilic. Le remplissage se fait cependant de haut en bas. Après remplissage, on voit se produire des ondes de contraction, mais elles sont très lentes. On ne voit pas nettement fonctionner le pylore.

2^e examen (5 heures après) :

Rétention manifeste : on retrouve presque tout le bismuth absorbé le matin. Le cœcum ne se dessine pas.

OBSERVATION X (Résumée). — (D^r Barjon)

Mlle V..., 45 ans.

Depuis trois ou quatre mois a eu des accès fébriles. Ne présente rien à l'examen des poumons. A des palpitations, un pouls à 120-150. Rien au cœur. La malade insiste sur des troubles digestifs assez fréquents consistant en pesanteurs et douleurs. Elle n'a jamais eu de vomissements, mais se plaint de constipation invétérée.

Examen : négatif à tous points de vue.

Malade nerveuse, sensible, impressionnable, peureuse et pleurant facilement. A l'examen du système nerveux : abolition des réflexes cornéen et pharyngien, mais pas de troubles de la sensibilité cutanée.

Radioscopie. — Déglutition lente, difficile, montrant de nombreux arrêts du cachet.

Grand estomac abaissé, dilaté, avec rétention du bismuth dépassant 11 heures.

Retard dans le remplissage du gros intestin. Le bismuth ne se trouve dans le cœcum qu'au bout de 24 heures. Le gros intestin est ptosé et atonique. Le bismuth y séjourne 48 heures. L'évacuation a lieu 72 heures après l'absorption et elle n'est pas complète.

OBSERVATION XI (Résumée). — (D^r Barjon)

Mlle C...

Fut morphinomane pendant 2 ans. Se plaint de l'estomac et des intestins depuis longtemps. Troubles surtout objectifs, sensations pénibles peu douloureuses,

étouffements, pesanteurs, malaises vagues, renvois gazeux, mais jamais de vomissements. Constipation habituelle.

Malade nerveuse et grande neurasthénique.

Radioscopie. — La déglutition d'un cachet de bismuth se fait très lentement. Le cachet ne progresse presque pas dans la région dorsale de l'œsophage. Il reste presque immobile et descend insensiblement, puis ne bouge plus. On est obligé de faire avaler une gorgée d'eau pour le faire descendre. Aucun mouvement antipéristaltique.

La bouillie bismuthée dessine un estomac assez grand, abaissé. Le grand cul-de-sac est situé au-dessous des crêtes iliaques. Le pylore est un peu au-dessous de l'ombilic ; la région vestibulaire prépylorique est assez allongée. On voit l'estomac se contracter et se vider, mais les contractions sont lentes.

2^e examen (6 heures après) :

Il reste encore la moitié du bismuth. Retard d'évacuation. Le cœcum commence à se dessiner.

3^e examen (8 heures après) :

L'estomac est vide. Le bismuth se trouve dans le cœcum et le colon transverse.

OBSERVATION XII (Résumée). — D^r Barjon)

Mlle B..., 27 ans.

Entérite muco-membraneuse. A fait un séjour dans un établissement de cure de régime. Depuis quelque temps, amaigrissement progressif par défaut d'alimen-

tation. Présente l'état nerveux d'une neurasthénique. Examen somatique négatif. L'exploration du système nerveux montre : une abolition complète du réflexe pharyngien, du battement des paupières. Subjectivement, elle est très nerveuse ; se préoccupe beaucoup de son état et se tourmente à chaque instant.

Radioscopie. — Déglutition : le cachet passe avec peine l'isthme du pharynx, puis s'immobilise plus bas vers la 5° dorsale. Cet arrêt résiste à la déglutition de la salive, une seule gorgée d'eau suffit pour la remettre en route et il descend lentement jusque dans l'estomac avec un court arrêt sus-diaphragmatique.

Estomac : chambre à air bien visible, mais point de liquide à jeun. Après ingestion de bouillie bismuthée : estomac assez grand, abaissé. Le pylore est à l'ombilic. Le grand cul-de-sac se laisse distendre sans que la ligne de niveau s'élève. La portion supérieure est étirée, constituant une grande poche à air. En somme : estomac en forme de siphon. Il n'y a pas de contractions visibles sauf à la partie toute inférieure du grand cul-de-sac où se voient de très faibles ondes au voisinage du pylore. Le pylore fonctionne bien : il expulse des bouchées assez rapprochées.

2° examen (6 heures après) :

Très léger reste de bismuth dans l'estomac. Presque tout le bismuth se trouve dans le cœcum.

3° examen (24 heures après) :

On voit se dessiner la plus grande partie du gros intestin : le cœcum, le colon transverse abaissé en anse. Ces 2 parties sont remplies de bismuth. L'ombre commence à remonter vers l'angle splénique.

4° examen (33 heures après) :

Un peu de bismuth a franchi le coude splénique et occupe une petite partie du colon descendant jusqu'à la naissance de l'S iliaque qui est complètement vide.

5° examen (57 heures après) :

Il n'y a plus rien dans le cœcum. La masse bismuthée se trouve vers l'angle splénique, dans l'S iliaque et commence à paraître dans l'ampoule rectale.

6° examen (81 heures après) :

Le bismuth est presque tout entier dans l'ampoule rectale. Il y en a très peu dans la portion inférieure du colon descendant.

OBSERVATION XIII (Résumée). — (D^r Barjon)

D..., Célie, 21 ans.

Entre à l'hôpital à la suite d'un accident (a été renversée par un cycliste). Outre les troubles douloureux relevant de la contusion, elle se plaint de troubles digestifs vagues et prétend vomir.

Examen des organes négatif.

Au point de vue nerveux : elle présente un mutisme complet. Elle prend une crise de mouvements désordonnés hystériformes. Hémianesthésie gauche totale jusqu'à la ligne médiane. Au côté opposé : hyperesthésie. Diminution du champ visuel. Abolition des réflexes cornéen et pharyngien.

Radioscopie. — Déglutition : un cachet de bismuth descend lentement par saccades, avec des arrêts multiples, mais courts ; descente en marche d'escalier. La pâte bismuthée descend très lentement, dessine tout le

trajet de l'œsophage pendant un temps assez long, puis glisse peu à peu dans l'estomac en laissant quelques particules adhérentes qui persistent et ne sont enlevées que par déglutition d'eau. La bouillie bismuthée est déglutie normalement, sans retard dans son cheminement. Pas de rétrécissement ni de dilatation visibles.

OBSERVATION XIV (Résumée). — (D^r Barjon)

R...; Antoinette, 27 ans.

Antécédents bacillaires. Vient à l'hôpital pour maux d'estomac. Depuis 3 ou 4 ans elle a un appétit capricieux, des digestions pénibles, du ballonnement après les repas et, en même temps, d'état nauséeux. Pas de douleurs vraies, pas de vomissement. Se plaint d'une constipation habituelle.

L'examen montre un léger clapotage gastrique à jeun.

Radioscopie. — Déglutition : troubles considérables. Les solides, les pâtes épaisses et même la bouillie bismuthée liquide s'arrêtent dans la portion moyenne de l'œsophage. Ils y séjournent un certain temps variable de quelques secondes à près d'une minute. Pour la pâte épaisse, il faut faire absorber 3 gorgées d'eau pour nettoyer complètement l'œsophage. Quelques efforts de vomissement surviennent au cours de l'examen : on ne voit pas de mouvements antipéristaltiques.

Estomac : un peu abaissé et dévié vers la droite, mais de dimensions à peu près normales. Il se vide normalement par le pylore.

Le colon descendant est distendu par de la pneumatose.

OBSERVATION XV (Résumée). — (D^r Barjon)

T..., Pérolim, 19 ans.

Vient pour des troubles gastriques.

Depuis un an, se plaint de l'estomac. Par périodes de 2 ou 3 jours elle a des vomissements alimentaires survenant sans efforts, tantôt de suite, tantôt 4 à 5 heures après les repas. Parfois ces vomissements sont bilieux. Jamais de douleurs vraies, mais une sensation de plénitude avant les vomissements qui fait place à un soulagement après. Ces phénomènes subissent des périodes d'accalmie de 8 à 15 jours.

A l'examen de l'estomac : hypéresthésie des téguments dans la région de l'épigastre. Pas de points douloureux profonds, pas de clapotage.

Au système nerveux : malade très nerveuse qui a soigné son père mort du cancer de l'estomac et l'a vu vomir longtemps. C'est depuis ce moment qu'elle s'est mise à vomir elle-même.

A l'examen : on note de l'abolition des réflexes cornéen et pharyngien, de l'exagération des réflexes rotuliens. Elle présente des zones d'hypéresthésie (hépatique, splénique, ovarienne), de la diminution de la sensibilité à la piqure profonde et superficielle de tout le côté gauche.

Radioscopie. — Déglutition : arrêt du cachet de bismuth au niveau de la partie moyenne de l'œsophage, pendant 30 ou 40 secondes.

OBSERVATION XVI (Résumée). -- (D^r Barjon).

J..., Renée, 22 ans.

Père mort de la poitrine. Pas d'antécédents personnels. Elle tousse depuis un an. Il y a 2 mois, elle a commencé à cracher du sang et aurait un peu maigri depuis. L'examen des poumons et du cœur est absolument négatif. L'expectoration est gommeuse, uniformément teintée en rose, ressemblant à du sang dissous et n'ayant pas l'aspect hémoptoïque. Cette expectoration se reproduit assez régulièrement tous les 2 jours, depuis 2 mois, uniquement le matin. En somme, elle présente les caractères de l'hémosialémèse. La malade a assisté à des hémoptysies survenues chez son frère, actuellement poitrinaire.

Sa toux est caractéristique : sèche, brève, superficielle, non suivie d'expectoration.

Examen nerveux : battement des paupières ; regards brillants, abolition des réflexes cornéen et pharyngien. Hémianesthésie totale gauche. Exagération des réflexes rotuliens. Abolition du réflexe plantaire à gauche. Dermographisme. Zone d'hyperesthésie splénique.

Radioscopie. — Thorax absolument clair.

Déglutition : troublée surtout pour les solides. Le cachet descend très lentement, s'arrête par étapes en plusieurs points. On est obligé de faire absorber de l'eau à 2 ou 3 reprises pour le remettre en marche. On note 2 ou 3 mouvements oscillatoires du cachet.

La pâte épaisse descend lentement. Quelques parcelles

s'arrêtent. Peu à peu, l'œsophage se vide seul sans le secours d'eau.

La *bouillie liquide* descend, aussi, lentement. L'œsophage reste comme rempli et dessiné pendant un temps assez long. Il se vide seul également.

Estomac : non dévié, non dilaté, présentant une image normale avec un certain degré de ptose.

OBSERVATION XVII (Résumée). — (D^r Barjon)

H..., Louise-Victoire, 22 ans.

Il y a 10 mois, elle eut une crise nerveuse. Depuis, elle est restée très nerveuse, sujette aux gastralgies. Brusquement, il y a 8 jours, elle a été prise d'impotence du membre inférieur gauche avec raideur. Peu à peu, ces phénomènes se sont étendus aux autres membres et se sont accompagnés de douleurs.

Actuellement : état psychique manifestement névropathique : pleure ou rit sans transition. Présente des zones d'hyperesthésie cutanée, de l'abolition du réflexe pharyngien, de la diminution des réflexes cornéens et de l'exagération des réflexes patellaires et plantaires. Elle se plaint en outre de troubles digestifs : diminution de l'appétit, digestions pénibles (mais pas de vomissements), constipation opiniâtre.

Radioscopie. — Déglutition : le *cachet* de bismuth subit un arrêt au voisinage de la crosse aortique puis descend lentement sans nouvel arrêt. La *pâte* bismuthée descend lentement et laisse quelques particules adhérentes aux parois de l'œsophage. La *bouillie* bismuthée est déglutie normalement.

OBSERVATION XVIII (Résumée). — (D^r Barjon)

Bert..., F^e-F..., 26 ans.

Etat névropathique : hémianesthésie, abolition du réflexe pharyngien et des réflexes cornéens.

Troubles gastriques vagues. Constipation.

Examen radioscopique :

Troubles de la déglutition : les liquides ne s'accumulent pas, mais descendent lentement. Il y a un arrêt court mais net au niveau du diaphragme.

Le cachet de bismuth présente 3 arrêts prolongés : au niveau de la fourchette sternale, de la crosse de l'aorte et du hile. A chacun de ces arrêts, il faut plusieurs gorgées d'eau pour le faire descendre. A chaque étage, on note des oscillations très nettes mais de faible amplitude. Au-dessus du diaphragme, il y a un 4^e et dernier arrêt beaucoup plus court.

Estomac : abaissé, mais se remplissant normalement de haut en bas. Le grand cul-de-sac un peu distendu est au-dessous des crêtes iliaques. Etranglement de la partie moyenne de l'estomac. Une fois rempli, on ne voit que de petites et rares contractions sur le grand cul-de-sac. Cependant un peu de bismuth passe par le pylore. A noter que le cachet dégluti reste dans la partie moyenne étroite de l'estomac.

OBSERVATION XIX (Résumée). — (D^r Barjon)

A..., Marie, 34 ans.

Vient pour des troubles de la déglutition. Elle se plaint d'avoir de la peine à avaler les aliments et d'éprouver une

sensation de compression douloureuse pendant la traversée de l'œsophage, douleur qui s'irradie dans le dos et persiste dans l'intervalle des repas. Pas de régurgitation, pas de vomissement. Elle ne souffre pas de l'estomac. Légère constipation. Elle a un naturel très nerveux, émotif. Elle se préoccupe constamment de son affection.

A l'examen, on lui trouve : de l'abolition des réflexes cornéen et pharyngien, pas de zone d'anesthésie, plutôt une hyperesthésie cutanée généralisée mais surtout marquée au-dessus du sein gauche.

Examen des différents viscères négatif.

Cathétérisme œsophagien : les grosses olives ont passé sans difficulté.

Radioscopie. — Déglutition d'un cachet : 1^{er} arrêt au niveau des clavicules, durant 10 à 15 secondes. Ensuite, descente lente, uniforme, sans secousse, sans antipéristaltisme. 2^e arrêt à quelques centimètres au-dessus du diaphragme : arrêt plus prolongé. Une seule gorgée d'eau suffit à entraîner le cachet dans l'estomac.

La pâte épaisse descend lentement et s'arrête quelques instants dans la portion moyenne de l'œsophage. Après son passage dans l'estomac, de petites parcelles restent adhérentes à la paroi et sont balayées par une seule gorgée d'eau. La bouillie bismuthée est déglutie normalement. Elle ne dessine nulle part de rétrécissement ou de dilatation. Elle laisse aussi quelques particules de bismuth, à la partie moyenne, qui sont entraînées par une gorgée d'eau.

OBSERVATION XX (Résumée). — (D^r Barjon)

Rol..., Marguerite, 26 ans.

Antécédents bacillaires. Est entrée à l'hôpital pour des arthralgies. Actuellement : douleurs rhumatoïdes subaiguës localisées au genou gauche avec hydarthrose et au coude droit. Pas de signes pulmonaires. A l'interrogatoire, ne fait pas mention de troubles digestifs. Elle avoue être très nerveuse : passant de la gaieté à la mélancolie la plus profonde, avec des crises de larmes. Elle a l'obsession de son affection et redoute de devenir poitrinaire.

A l'examen, on lui trouve : du battement des paupières, de l'abolition des réflexes cornéen et pharyngien. Elle présente des zones hystérogènes splénique, hépatique, ovarienne, et une diminution de la sensibilité à la piqure profonde à droite.

Radioscopie. — Déglutition des solides : le cachet s'arrête 2 fois. Une 1^{re} fois, derrière la crosse de l'aorte : arrêt assez court. Ensuite, descente lente et 2^e arrêt à 4 ou 5 cm au-dessus du diaphragme. Cet arrêt est assez long, il dure plus d'une minute et cède seulement à l'ingestion d'une petite gorgée d'eau. *Pâte* : la déglutition a lieu avec une certaine lenteur. L'œsophage reste totalement imprégné pendant une bonne minute puis se vide lentement. Une seule gorgée d'eau suffit à le nettoyer.

OBSERVATION XXI (Résumée). — (D^r Barjon)

Ter..., Marie-Thérèse, 23 ans.

Entrée à l'hôpital pour une affection pulmonaire aiguë ayant débuté par un point de côté, elle présente actuelle-

ment de la congestion de la base gauche et de la bronchite diffuse généralisée des deux côtés.

Elle se plaint, en outre, d'avoir parfois des troubles digestifs assez frustes. Sa langue est saburrale. L'examen de l'abdomen ne montre rien d'anormal.

La malade dit être très nerveuse. Elle a des céphalées intermittentes. Elle présente du tremblement des paupières. Du côté des yeux, on note un strabisme léger. A l'examen, les réflexes sont normaux ; la sensibilité cornéenne est conservée. La sensibilité cutanée superficielle est nettement diminuée au côté droit. On trouve une zone d'anesthésie sur la face externe de la jambe droite. La sensibilité à la piqure profonde est très diminuée au membre inférieur droit, à peu près abolie au membre supérieur du même côté.

Radioscopie. — Déglutition. Solides : le cachet de bismuth s'arrête 3 fois : 1^{er} arrêt à la base du cou, vers la fourchette du sternum, durée 40 secondes. 2^e arrêt en arrière de la crosse aortique, au bout de 40 à 50 secondes ; on fait avaler de la salive sans résultat, puis une gorgée d'eau qui entraîne le cachet. 3^e arrêt à 5 cm au-dessus du diaphragme ; après un certain temps on fait avaler une gorgée d'eau qui entraîne le cachet dans l'estomac. Au premier arrêt, on note quelques mouvements oscillatoires ; aux deux autres, le cachet reste immobile. La déglutition de la pâte bismuthée paraît normale.

OBSERVATION XXII (Résumée). — (D^r Barjon)

Der..., Lucie, 48 ans.

Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre de l'estomac. En octobre 1918, elle fut opérée pour une appendicite

à forme torpide. Elle souffrait depuis un mois de douleurs dans l'hypochondre droit. Mais elle n'eut jamais ni fièvre, ni vomissements (à l'intervention, l'appendicite extirpée présente peu d'altération). Elle continua à souffrir du ventre pendant 2 ou 3 mois. Ensuite, elle alla tout-à-fait bien jusqu'en octobre 1919.

A ce moment apparurent des troubles gastriques caractérisés par une sensation de ballonnement, de tension de la région épigastrique, et des vomissements. Pendant une quinzaine de jours elle vomit absolument tout ce qu'elle prenait. Ensuite, les vomissements s'espacèrent.

Actuellement, elle se plaint de troubles gastriques : pesanteurs, renvois, aigreurs, brûlures, et vomit à d'assez longs intervalles. A jeun, elle ne souffre pas. Après les repas surviennent des douleurs précoces sous forme de brûlures dans la région épigastrique, sans irradiation dorsale. Parfois elles aboutissent à un vomissement et la malade est soulagée. Ces vomissements se produisent immédiatement après le repas et sont alimentaires. Jamais d'hématémèse, ni de mélcœna. Elle a un peu maigri et perdu ses forces.

L'examen viscéral ne montre rien aux poumons, ni au cœur.

Du côté de l'estomac : on ne voit pas d'ombres péristaltiques ; la pression provoque une douleur très localisée sur la ligne médiane entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A l'examen du système nerveux : abolition complète du réflexe pharyngien, diminution de la sensibilité superficielle et profonde à gauche. En outre, la malade se plaint d'insomnie nocturne.

Plusieurs Weber ont été négatifs.

Un pompage gastrique à jeun a été pratiqué et a retiré 20 cmc de liquide clair hypéride.

Radioscopie. — 1^{er} examen : estomac normal comme forme, situation et dimensions. Ni ptose, ni dilatation. Le bismuth est réparti sur toute le hauteur.

Contractilité d'abord faible puis augmentant peu à peu. Chaque contraction est suivie de l'évacuation d'une bouchée par le pylore. Après le passage de la bouchée, il reste une petite poche suspendue dans le duodénum qui conserve un peu de bismuth pendant tout le temps que dure l'évacuation.

2^e examen (quelques jours après) :

Tout l'abdomen est clair. On voit se dessiner nettement les contours du foie, l'ombre médiane vertébrale et celle du bassin. Tout le reste présente une clarté voisine de celle du thorax. Pneumatose intestinale. La malade accuse actuellement une sensation de gonflement.

3^e examen (déglutition) :

Deux cachets déglutis successivement montrent les mêmes arrêts : 1^o un arrêt au niveau de la fourchette sternale ; 2^o une descente lente par saccades en marches successives presque sans arrêt de l'un à l'autre jusqu'à 5 ou 6 cm au-dessus du diaphragme ; 3^o deuxième arrêt important à ce niveau, qui ne cède qu'à une déglutition d'eau ; 4^o troisième arrêt au-dessus du diaphragme ; 5^o quatrième arrêt dans l'épaisseur du diaphragme ; 6^o traversée du cachet et pénétration dans l'estomac.

Laparatomie. — Estomac normal, sans adhérences, sans altération de ses parois. On note une distension du bulbe duodénal qui explique le séjour du bismuth à ce niveau constaté à la radioscopie, mais il n'y a pas d'ulcère duodénal.

CONCLUSIONS

On rencontre quelquefois en clinique un syndrome d'atonie des voies digestives qui ne se manifeste que par un examen radioscopique détaillé.

Cette atonie peut intéresser individuellement ou en bloc tous les segments des voies digestives. L'œsophage avec ses troubles spéciaux de la déglutition des solides, présente le tableau le plus caractéristique. Les manifestations gastro-intestinales sont plus banales, mais tirent leur valeur de leur association.

Ce syndrome ne correspond à aucune lésion organique des voies digestives. Il se rencontre habituellement chez des nerveux mêlé aux différents stigmates de la névropathie.

Lorsque des manifestations persistantes gastriques ou intestinales seraient de nature à faire penser à une lésion organique (ulcus, appendicite, etc...), la

coexistence de ce double syndrome névropathique et atonique tendra à faire écarter toute idée d'origine organique et toute idée d'intervention opératoire.

VU :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Avril 1920.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

DUCROS & LOMBAUD - VALENCE
